

Нарматова Э.Б.
ПРОБЛЕМЫ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ
АМЕБИАЗА У ДЕТЕЙ

Narmatova E.B.
PROBLEMS OF CLINICAL AND LABORATORY DIAGNOSIS
OF AMEBIASIS IN CHILDREN

УДК 616.993.12

Дана клиническая характеристика течения амелиаза у 206 детей. Определены клинико-диагностические критерии амелиаза кишечника.

Ключевые слова: амелиаз, шигеллез, эшерихиоз, клиника, диагностика.

The clinical character of course of amebiasis in 206 children was described. The clinical and diagnostic criteria were showed.

Key words: amebiasis, shigellosis, escherichiosis, clinical manifestation, diagnostics.

Введение

Первые исследования амелиаза проведены в 1873 году, когда Ф.А. Леш открыл и описал возбудитель данной инфекционной болезни. Особенно интенсивно продолжили исследование в Средней Азии, Закавказье и на Дальнем Востоке (1).

До настоящего времени в странах Центральной Азии, в том числе на юге Кыргызстана, продолжается регистрация амелиаза кишечника, как у взрослых, так и у детей. Несмотря на это, большинство случаев амелиаза протекает под маской других кишечных инфекций, т.е. остается нераспознанной. Частота тяжелых форм, вероятность развития неблагоприятных исходов болезни диктует необходимость настороженности врачей по отношению к амелиазу (2,3).

До настоящего времени в Кыргызстане не описаны особенности течения амелиаза у детей, который продолжает регистрироваться в южном регионе страны.

Целью исследования было изучение клинических критериев диагностики амелиаза у детей.

Под нашим наблюдением находилось 206 больных детей амелиазом за период от 2006 по 2008 гг. на базе Ошской межобластной клинической детской больницы (ОМКДБ). При этом использованы следующие методы исследования: общеклинические; копрологические; серологические бактериологические, статистические методы.

Результаты и обсуждения.

Под нашим наблюдением находились дети от 2-х месяцев до 14 лет с диагнозом амелиаз кишечника.

Основные диагнозы при направлении больных в стационар и в приемном отделении больницы были: энтероколит, дизентерия, реже – энтерит и ОРВИ (Рис. 1). Интересно отметить, что у 2-х детей с амелиазом при направлении в стационар был установлен диагноз «геморрагический васкулит» и до перевода в инфекционное отделение эти дети находились в гематологическом отделении до проявления диарейного синдрома. Известно, что тромбогеморрагический синдром имеет место у больных с тяжелой формой амелиаза кишечника, что было подтверждено при дальнейшем наблюдении в клинике. Преобладание колитного синдрома над энтеритным способствовало увеличению диагноза дизентерии при поступлении больных в стационар.

Заболевание начиналось остро (97,0%), с симптомами инфекционного токсикоза: повышения температуры ($38,2 \pm 0,1^{\circ}\text{C}$), появления рвоты у большинства больных детей (87,9%), анорексии (62,1%).

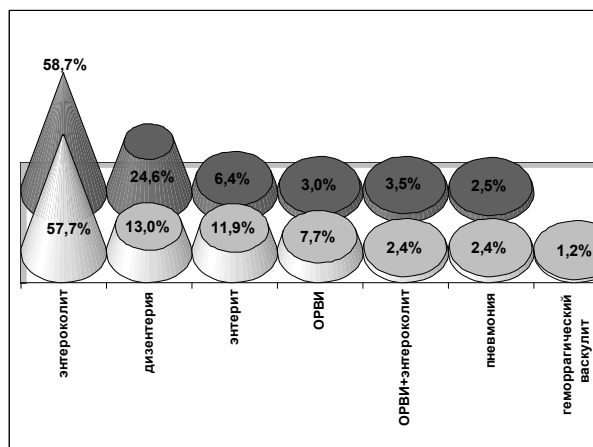


Рис. 1.

Диагнозы у больных амелиазом детей при направлении и поступлении в стационар

Одновременно с этими симптомами развивалось обезвоживание у большинства больных детей (85,9%). Однако, ретроспективный анализ историй болезни позволяет утверждать, что количество детей с синдромом обезвоживания несколько завышено из-за манифестных проявлений токсикодистрофии у 32,5% детей. Большое количество детей с синдромом обезвоживания можно объяснить поражением не только толстого кишечника, но и тонкого, а также сочетанием амебиоза с секреторной диареей (эшерихиозом) у 33 больных.

Дисфункция кишечника проявлялась почти одновременно с симптомами интоксикации и обезвоживания. Появлялись боли в животе, у некоторых приступообразного характера, учащенный жидкий стул со слизью и примесью крови, тенезмы. Только у 26,7% наблюдаемых нами детей с амебиозом был характерный для данной инфекционной болезни стул в виде «малинового желе».

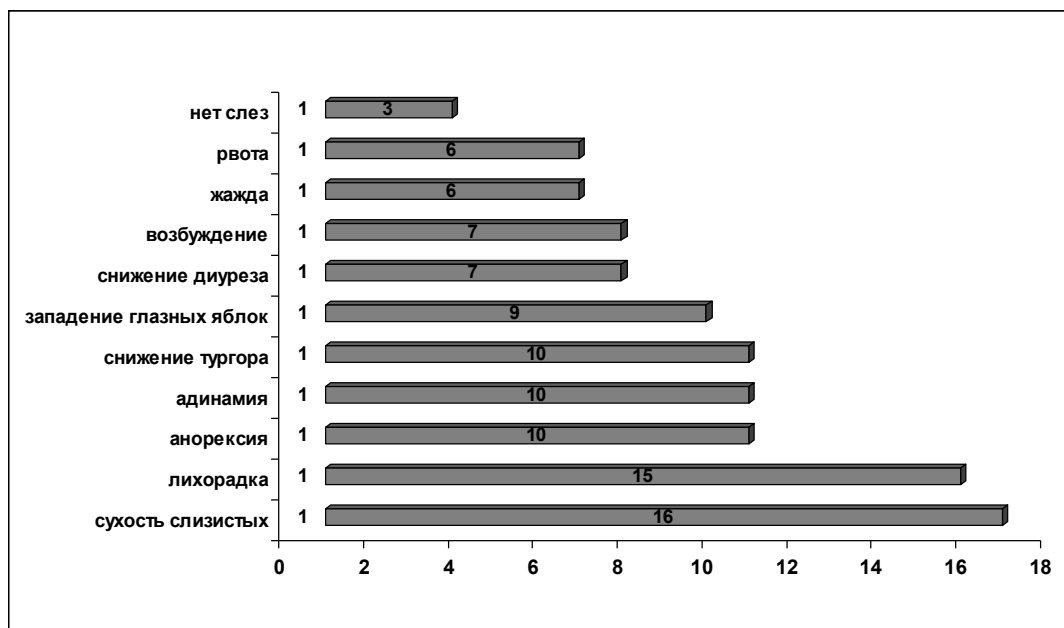


Рис. 2. Длительность симптомов токсикоза и эксикоза у больных детей с амебиозом

Анализ продолжительности симптомов интоксикации и обезвоживания (Рис. 2) позволяет выявить длительность сохранения этих симптомов (до 16 дней) в отличие от других острых кишечных инфекций, что предполагает высокий риск внутрибольничного инфицирования.

Дисфункция кишечника с сохранением патологической примеси (слизь, кровь) в кале сохранялась в течение 10-22 дней.

В отличие от других инвазивных кишечных инфекций, у больных с амебиозом кишечника одновременно с синдромом энтероколита выявлено поражение тонкого кишечника, которое проявлялось жидким стулом, вздутием живота, а также парезом кишечника. Эти данные свидетельствуют о многообразии клинической симптоматики амебиоза. Заболевание амебиозом у детей протекало чаще в тяжелой форме (73,8%), реже - в среднетяжелой (26,2%).

Клинический диагноз был подтвержден копрологическим исследованием теплого кала, в течение 20 минут после акта дефекации. Исследуется нативный неокрашенный мазок, а также мазок, окрашенный йодом. В этих мазках наличие вегетативных форм амёб позволяет подтвердить амебиоз кишечника.

Наряду с микроскопией кала используется также серологическая диагностика. У больных с амебиозом диагностическим показателем считается $IgG > 1,0$. Такие показатели были выявлены у 85,7% больных амебиозом, диагноз которых был подтвержден предварительно обнаружением вегетативных форм амёб при микроскопии кала. Сочетание этих видов лабораторных исследований позволяет повысить достоверность диагноза амебиоз кишечника.

При исследовании картины периферической крови отличительных сдвигов в формуле не выявлено, за исключением анемии, которая была сопутствующей болезнью у большинства детей (71,3%).

Использование регрессионного анализа при статистической обработке позволяет прогнозировать вероятность развития различных осложнений. В следующей таблице (таблица 1) приведены диагностические критерии, позволяющие определить вероятность развития выпадения слизистой прямой кишки.

Таблица 1
Диагностическая таблица риска развития
выпадения слизистой прямой кишки

ПОКАЗАТЕЛИ	Относительный риск	Возможность развития болезни (+/-)
Вялость, адинамия	0,37	-
Возбуждение	1,22	+
Западение глазных яблок, сухость слизистых	0,48	-
Жажда	0,57	-
Снижение тургора тканей	1,21	+
Снижение диуреза	0,51	-
Вздутие живота	0,5	-
Патологическая примесь в кале (слизь, кровь)	0,86	-
Тенезмы	0,99	+/-
Токсикодистрофия	5,48	+
Рвота	1,24	+
Безбелковые отеки	5,61	+

- «+»– возникновение выпадения слизистой прямой кишки при амебиазе возможно при показателях относительного риска от 1,0 и более.

ВЫВОДЫ:

1. Кишечник является первичным очагом поражения и часто единственным местом инвазии амебы у детей юга Кыргызстана.

2. Клиническая картина амебиаза кишечника разнообразна, характеризуется не только симптомом энтероколита, но и энтерита. Развивается при тяжелых формах синдром инфекционного токсикоза, а также дегидратации.

3. Амебиоз кишечника чаще протекает у детей в тяжелой, реже – среднетяжелой форме.

Литература:

1. Засухин Д.Н. Паразитология, 1976. - №4. – С.25-27.
2. Токмалаев А.К., Попова С.п., Безбородов Н.Г. Российский медицинский журнал, 2002. - №5ю – С. 19-22.
3. Чикобава Г.И. Хирургия, 2006. - №12. – С.30-32.